



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA GUERRERO
COORDINACIÓN DE ELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD**

**“DIAGNÓSTICOS DE REFERENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN
EMBARAZADAS DE LA UMF No. 4, IGUALA. GRO.”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. BERNARDA ADÁN ZÚÑIGA

DIRECTOR DE TESIS

DRA. ALMA DELIA CRUZ GARCÍA

COORDINADOR DE TESIS

DR. LIBRADO PÉREZ MIJANGOS

NÚMERO DE REGISTRO

R-2021-1101-010

ACAPULCO GUERRERO, FEBRERO DEL 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1101.
U MED FAMILIAR NUM 9

Registro COFEPRIS 17 CI 12 001 131

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 12 CEI 001 2018022

FECHA Lunes, 08 de marzo de 2021

Lic. BERNARDA ADÁN ZÚÑIGA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **DIAGNÓSTICOS DE REFERENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN EMBARAZADAS DE LA UMF No. 4, IGUALA. GRO**", que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-1101-010

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. ANGEL GOMEZ CARBAJAL
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1101

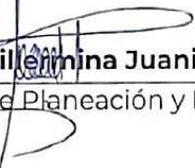
Imprimir



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIAGNOSTICOS DE REFERENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN
EMBRAZADAS DE LA UMF No. 4, IGUALA, GRO.
No. Registro R-2021-1101-010



Dra. Guillermina Juanico Morales

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional



Dr. Rogelio Rios Ramirez

Coordinador Auxiliar Médico de
Educación



Dra. Criseida Torres Vargas

Coordinadora Auxiliar Médico de
Investigación en Salud



Dra. Alma Delia Cruz Garcia

Profesora Titular del Curso de Especialización en
Medicina Familiar

**DIAGNOSTICOS DE REFERENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN
EMBARAZADAS DE LA UMF No. 4 IGUALA. GRO.**

**TRABAJO PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

BERNARDA ADAN ZUÑIGA

AUTORIZACIONES:



DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA
JEFE DE SUBDIVISIÓN DE MEDICINA
FAMILIAR DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por darme la vida y enseñarme a vivirla, por darme buenos valores y principios para ser un buen ser humano.

A Dios por permitirme despertar cada día y darme la dicha de vivir cada momento, por acompañarme en cada paso y no soltar nunca mi mano, principalmente en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis profesores, por todas sus enseñanzas y conocimientos brindados a lo largo de estos 3 años, especialmente a la Dra. Alma Delia Cruz García y a la Dra. Guadalupe Aguilar Hernández por su apoyo, paciencia y experiencias compartidas que ayudaron a mi desarrollo profesional.

A mi hija Camila Giselle por estar conmigo en los altibajos de este proceso, así como a mis hermanos, familiares y amigos de toda la vida que me acompañaron desde siempre.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por brindarme la oportunidad de formarme como médico familiar.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por formar parte de esta institución educativa y seguir impulsándome a crecer académicamente y profesionalmente.

DEDICATORIA

A mi madre Jovita, quien con su amor, paciencia y esfuerzo me ha permitido llegar a cumplir una meta más.

A mi hermano Bonifacio por apoyarme en todo momento e impulsarme a realizar la Especialización en Medicina Familiar.

A mi hija Camila Giselle por ser mi motor, mi fuente de motivación, mi fuerza y mi luz para seguir adelante.

RESUMEN

TITULO: Diagnósticos de referencia y factores asociados en embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 4, Iguala, Guerrero.

INTRODUCCIÓN: La atención del embarazo inicia con el control prenatal. Tiene un impacto significativo en la salud de las mujeres embarazadas posibilita que el personal de salud identifique oportunamente complicaciones y refiera a un nivel de atención con mayor capacidad resolutoria a las mujeres que así lo ameriten. **OBJETIVO:** Identificar los principales diagnósticos de envío a segundo nivel de atención y factores asociados de las embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Iguala Guerrero. **METODOLOGIA:** Estudio transversal analítico retrospectivo, de 125 expedientes de embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 4, en Iguala, Guerrero, de enero a diciembre del 2020. Muestreo no probabilístico por conveniencia. Los resultados obtenidos se organizaron en una base de datos, su análisis se realizó en el programa estadístico SPSS, obteniendo frecuencias simples y porcentajes, con cálculo de chi cuadrada, OR y con IC95%.

RESULTADOS: El grupo de edad se concentró entre los 21 y 30 años 60.8%, el 64% no llevo control prenatal. La comorbilidad que incidió fué el sobrepeso 29.6%. El diagnostico que más se presentó fué el de embarazo normal con una frecuencia de 44%, cesárea previa con un 22.4% y embarazo adolescente con un 11.2%. El diagnostico de cesárea previa y embarazo en adolescente tuvo asociación con riesgo obstétrico alto OR 5.32 IC 95% (1.99-14.20) X2 11.2 y OR 0.19 IC95% (0.06-0.66) X2 6.91. La anemia y el riesgo obstétrico alto se asoció a edad >35 años OR 5.2 IC95% (1.27-21.7) X 25.26 y OR 8.31 IC95% (1.44-47.94) X2 5.65.

CONCLUSIONES: Los diagnósticos identificados fueron embarazo normal, cesárea previa y el embarazo adolescente. La edad >35 años fue un factor para la comorbilidad de sobrepeso.

Palabras claves: embarazo, referencia, contra referencia.

ABSTRACT

TITLE: Reference diagnoses and associated factors in pregnant women from the Family Medicine Unit No. 4, Iguala, Guerrero.

INTRODUCTION: Pregnancy care begins with prenatal control. It has a significant impact on the health of pregnant women, it enables health personnel to identify complications in a timely manner and refer women who need it to a level of care with greater resolution capacity. **OBJECTIVE:** To identify the main diagnoses of referral to the second level of care and associated factors of pregnant women from the Family Medicine Unit No. 4 of Iguala Guerrero. **METHODOLOGY:** Retrospective analytical cross-sectional study of 125 records of pregnant women from the Family Medicine Unit No. 4, in Iguala, Guerrero, from January to December 2020. Non-probability sampling for convenience. The results obtained were organized in a database, their analysis was carried out in the SPSS statistical program, obtaining simple frequencies and percentages, with calculation of chi square, OR and with 95% CI.

RESULTS: The age group was concentrated between 21 and 30 years 60.8%, 64% did not have prenatal control. The comorbidity that affected was overweight 29.6%. The most frequent diagnosis was normal pregnancy with a frequency of 44%, previous cesarean section with 22.4% and adolescent pregnancy with 11.2%. The diagnosis of previous cesarean section and adolescent pregnancy was associated with high obstetric risk OR 5.32 95% CI (1.99-14.20) X² 11.2 and OR 0.19 95% CI (0.06-0.66) X² 6.91. Anemia and high obstetric risk were associated with age >35 years OR 5.2 IC95% (1.27-21.7) X² 25.26 and OR 8.31 IC95% (1.44-47.94) X² 5.65.

CONCLUSIONS: The diagnoses identified were normal pregnancy, previous cesarean section, and adolescent pregnancy. Age >35 years was a factor for overweight comorbidity.

Keywords: pregnancy, reference, counter reference.

INDICE

PAG

1.- Marco teórico.....	10
2.- Justificación.....	21
3.- Planteamiento del problema.....	22
4.- Objetivo general.....	24
4.1.- Objetivos específicos.....	24
5.- Hipótesis.....	24
6.- Metodología.....	24
6.1.- Tipo de estudio.....	24
6.2.- Población lugar y tiempo de estudio.....	24
6.3.- Tamaño de la muestra y tipo de la muestra.....	25
6.4.- Criterios de selección.....	25
6.5.- Definición y operación de las variables.....	26
6.6.- Descripción general del estudio.....	28
6.7.- Método de recolección de datos.....	29
6.8.- Organización de datos.....	29
6.9.- Análisis estadísticos.....	29
6.10.- Consideraciones éticas.....	30
6.11.- Presupuesto y financiamiento.....	31
7.- Resultados.....	32
8.- Discusión.....	37
9.- Conclusión.....	39
10.- Recomendaciones.....	40
11- Referencias.....	41
12.- Anexos.....	44

1. MARCO TEORICO:

El control prenatal es el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada, con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. (1)

La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutive e inmediata. (2)

Referencia y contrareferencia, es el acto de un médico que envía a un paciente a otro médico para que le brinde servicios adicionales de atención de la salud. Garantizar la continuidad de la atención médica, mediante la referencia y contrareferencia de entre las unidades médicas y servicios de atención primaria, hospitalaria y de especialidad. (3)

CONTROL PRENATAL CON ATENCIÓN CENTRADA EN LA PACIENTE.

Se recomienda envié de primer a segundo nivel de atención en los siguientes casos:

Durante el Primer trimestre si la paciente presenta comorbilidades previas a la gestación como son la diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica crónica, hipotiroidismo, epilepsia, embarazo gemelar, si se sospecha de embarazo ectópico y/o molar, si presenta hemorragia del primer trimestre como amenaza de aborto en fase aguda, VDRL positivo y/o VIH reactivo, antecedente de perdida repetida de gestaciones previas, Coombs indirecto positivo o con dilución 1:16, así mismo, toda embarazada que presente al inicio de la gestación, factores de riesgo para cromosomopatía y/o malformaciones.

En el segundo trimestre si presenta hemorragia, amenaza de parto pretérmino, alteración en uno o más de los parámetros bioquímicos como la glucosa en ayuno, CTGO y/o Hb1Ac, que presente proteinuria o bien diagnóstico de malformación fetal.

Durante el tercer trimestre si presenta alteraciones en la presentación fetal, hemorragia, preeclampsia y/o alta sospecha de esta, oligohidramnios o polihidramnios y alteraciones en la implantación placentaria.

Otros criterios de referencia sin distinción de trimestre son las infecciones urinarias y bacteriuria asintomática, en la mujer embarazada resistente al tratamiento.

Se sugiere referir de segundo a tercer nivel:

En el primer trimestre cuando la paciente presente comorbilidades previas a la gestación como la diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica crónica, hipotiroidismo, epilepsia, embarazo gemelar monocorial y en pacientes con riesgo de cromosomopatía.

Durante el segundo y tercer trimestre si la paciente presenta diagnóstico de malformación fetal, amenaza de parto pretérmino y antecedente de pérdida gestacional recurrente y/o cérvix corto, anomalías en la implantación placentaria, embarazo con antecedente de 3 o más cesáreas previas, embarazo con resultado de Coombs indirecto positivo, reporte de flujometría Doppler alterada en el feto con restricción del crecimiento intrauterino, preeclampsia de inicio temprano, ruptura prematura de membranas con feto pretérmino. (4)

Las pacientes que cursen con embarazo complicado o factores de alto riesgo para resultados adversos enviarlas a segundo nivel de atención médica. Los factores de riesgo no modificables y que incrementan significativamente la probabilidad de resultados adversos expresarán la necesidad de derivar a la paciente a segundo nivel de atención. Debe haber un sistema de referencias al especialista apropiado, cuando se identifiquen problemas en la mujer embarazada que requiera cuidados adicionales, así como manejo y tratamiento de sus complicaciones.

Es importante referir pacientes que presenten edad materna menor o igual a 17 años o mayor o igual a 35 años, sangrado transvaginal en segundo o tercer trimestre,

presentación pélvica, embarazo gemelar, amenaza de parto prematuro, aborto en evolución, comorbilidad como: diabetes mellitus o diabetes gestacional, trastornos hipertensivos del embarazo, obesidad, insuficiencia renal, lupus eritematoso, trombofilia, VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, 2 determinaciones de VDRL positivas, paciente RH negativo con pareja RH positivo, sospecha de embarazo ectópico o molar, óbito, sospecha de malformaciones, hiperémesis gravídica, factores de riesgo significativos para preeclampsia, embarazo de 41 semanas de gestación sin trabajo de parto. (5)

PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES EN EL EMBARAZO.

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO.

La hipertensión gestacional y la preeclampsia están estrechamente relacionadas con el antecedente de hipertensión gestacional en embarazos previos. Éste y otros factores de riesgo, como el sobrepeso, la obesidad, el antecedente de aborto, la edad materna y la primigravidez determinan mayor probabilidad de padecer cualquiera de estas complicaciones hipertensivas durante la gestación y deben reconocerse en forma temprana para prevenir las complicaciones. (6)

Se recomienda la referencia de primer a segundo nivel de atención en caso de paciente con:

- Diagnóstico de trastorno hipertensivo en el embarazo.
- Datos clínicos que sugieran la aparición de preeclampsia (cifras tensionales >140/90mmHg, síntomas visuales, cefalea persistente, dolor epigástrico y proteinuria).

Se recomienda la referencia de segundo a tercer nivel de atención en caso de paciente con:

- Diagnóstico de hipertensión gestacional y comorbilidad asociada.
- Diagnóstico de hipertensión arterial sistémica crónica
- Diagnóstico de hipertensión arterial sistémica crónica con sospecha de preeclampsia sobreagregada. (7)

DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO.

Se han descrito varios factores de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus gestacional. Entre los más importantes están: sobrepeso u obesidad o índice de masa corporal igual o mayor de 26.0, antecedentes de diabetes mellitus en familiares de primer grado y antecedentes de diabetes mellitus gestacional en embarazos previos. (8)

Todas las pacientes con diagnóstico de diabetes y embarazo o con intolerancia a carbohidratos serán referidas al segundo nivel de atención, si éste cuenta con la infraestructura necesaria para hacer un seguimiento y manejo adecuados para este tipo de paciente; de no ser así, se referirán a tercer nivel.

Las pacientes con diabetes preexistente y daño a órgano blanco deberán ser manejadas en tercer nivel de atención. Toda paciente en el puerperio debe egresar con plan de manejo preciso indicado por el gineco-obstetra y de ser posible por el internista o endocrinólogo. Toda paciente deberá enviarse con hoja de contra referencia a primer nivel de atención para su seguimiento y reclasificación en caso de diabetes gestacional.

Las pacientes que cursaron con diabetes gestacional se les debe de dar seguimiento médico a las 6 semanas posteriores a la resolución de la gestación, se debe realizar la reclasificación mediante glucosa de ayuno si su resultado es igual o mayor a 126 mg/dl, se repite para confirmar diagnóstico de diabetes mellitus; si el resultado es menor, deberá indicarse curva de tolerancia, si no se cuenta con el recurso enviar a segundo nivel. (9)

EMBARAZO CON CESÁREA PREVIA.

La situación actual de la cesárea en México y sus factores asociados, muestra un incremento exponencial de esta práctica durante las últimas décadas, llegando a niveles alarmantes que superan por mucho los estándares internacionales propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), trayendo consigo un aumento significativo en la morbilidad y mortalidad tanto materna, como neonatal esto increíblemente aceptado y justificado no solamente por el paciente, sino por una buena parte del gremio médico bajo justificaciones dudosas. Entre éstas se encuentran:

cesárea en el nivel privado y público, la edad asociada a la cesárea, actitud del médico frente a la decisión del parto, el dolor en el parto y cesárea electiva, cesárea y la morbilidad materna y neonatal. (10)

REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA PARA OPERACIÓN CESÁREA Y PARTO DESPUÉS DE UNA CESÁREA.

Las pacientes que tengan una o más cesáreas; o cicatrices en el cuerpo del útero, deberán ser enviadas a hospitales de segundo nivel de atención. Cuando en el primer nivel de atención se detecte que una paciente embarazada tenga el antecedente de una cesárea, deberá ser enviada al segundo nivel de atención para su seguimiento y manejo, preferentemente entre la semana 34 a 36 de gestación. Una vez que el embarazo haya sido resuelto, la paciente será contrareferida al primer nivel de atención.

Las pacientes con placenta previa con cesárea previa o aquellas pacientes con una o más cesáreas previas con sospecha de acretismo placentario por ultrasonido bidimensional o Doppler color deberán ser enviadas a hospitales de tercer nivel de atención. (11)

ANEMIA EN EL EMBARAZO.

La OMS establece que, para diagnosticar anemia en gestantes en el segundo y tercer trimestre, los valores de hemoglobina deben estar por debajo de 11.0 g/dl. La CDC establece un valor de 10.5 g/dl en el segundo trimestre y 11 g/dl en el tercer trimestre. (12)

El origen multifactorial de la anemia es ampliamente reconocido; además de los factores nutricionales, se identifican causales sociodemográficas como la edad materna, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico. Los elementos pregestacionales como el número de embarazos previos, periodo intergenésico, factores gestacionales como son el número de controles prenatales e ingesta de suplementos alimenticios. (13)

ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO.

Se recomienda que las pacientes con factores de riesgo o sospecha clínica de anemia por deficiencia de hierro sean evaluadas, diagnosticadas y tratadas en el primer nivel de atención.

Referir al servicio de medicina interna del segundo nivel de atención en caso de pacientes con buen apego al tratamiento y sin pérdida sanguínea aguda que no respondieron al tratamiento en el tiempo previsto. (14)

INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO.

La infección urinaria es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, si no es diagnosticada y adecuadamente tratada, puede llevar a un incremento significativo en la morbilidad en la madre y el feto.

Diversos factores predisponen a la mujer embarazada a una mayor frecuencia de infecciones urinarias; entre los principales tenemos: hidronefrosis fisiológica durante la gestación, uretra corta, cambios vesicales que predisponen al reflujo vesicoureteral, estasis urinaria y cambios fisicoquímicos de la orina.

Por otra parte, las influencias hormonales y la acción de las prostaglandinas juegan un papel significativo en la disminución del tono de la musculatura uretral y vesical, así como en la peristalsis de los uréteres. Estos fenómenos en su conjunto llevan a la estasis urinaria, la que representa un factor decisivo para el desarrollo de infección.

En el momento actual se puede concluir que existe asociación entre bacteriuria asintomática con el parto pretérmino y con el bajo peso al nacimiento. (15)

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO BAJO, DURANTE EL EMBARAZO.

Criterios de referencia a segundo nivel de atención de las mujeres portadoras de Infección del tracto urinario durante el embarazo, son las pacientes que no respondan a tratamiento antimicrobiano de primera línea de elección, pacientes con infecciones del tracto urinario bajo, recurrentes y refractarias al tratamiento farmacológico, pacientes con hematuria persistente, en ausencia de patología vaginal en sospecha de urolitiasis,

alteraciones estructurales u otros padecimientos subyacentes que dificulten la respuesta al tratamiento instaurado, diagnóstico clínico de pielonefritis, complicaciones obstétricas secundarias a infección del tracto urinario bajo, alergia a antibióticos prescritos en primer nivel de atención. (16)

VAGINITIS INFECCIOSA.

La infección vaginal es una enfermedad de distribución mundial convertida en un problema de salud debido al aumento en su incidencia, constituyendo una de las complicaciones médicas más frecuentes asociadas al embarazo y por las consecuencias que trae para la salud de la madre y su producto.

La historia previa de infección de transmisión sexual, más de tres gestaciones, los abortos previos y el no empleo de preservativos en las relaciones sexuales se constituyeron en los antecedentes gineco-obstétricos relacionados con la aparición de infección vaginal en mujeres embarazadas. La presencia de infección de vías urinarias y de diabetes mellitus se constituyeron en factores de riesgo relacionados con la aparición de infección vaginal. (17)

Se recomienda el envío al segundo nivel de atención a mujeres con vaginitis infecciosa en los siguientes casos: Portadoras de VIH, sin respuesta al tratamiento, mujeres con candidiasis vulvovaginal, con especies diferentes de *C. Albicans* que no responden al tratamiento. (18)

EMBARAZO EN PRIMIGESTA ADOLESCENTE.

Según la OMS, el embarazo en la adolescencia, es aquella gestación que ocurre durante los primeros años de edad ginecológica; es decir, entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia.

Los riesgos médicos asociados al embarazo en madres adolescentes, determinan una elevación de la morbilidad materna y un aumento estimado de dos a tres veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20 y 29 años. Las patologías maternas, perinatales y de recién nacidos son más frecuentes en las

mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquia, menores de 15 años. Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, entre las que podemos citar la toxemia, la eclampsia y las anemias. Son más proclives también a los partos pretérminos, que pueden llevar incluso a la muerte, o a recién nacidos de bajo peso, prematuridad, traumas obstétricos y un riesgo elevado de muerte prenatal en el transcurso del primer año de vida. Además, en la embarazada adolescente se suma el riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento y las del feto que engendra. (19)

EMBARAZO CON ANTECEDENTE DE ABORTO.

Existe evidencia de que la incidencia de aborto es más frecuente cuando la paciente tiene anomalías uterinas anatómicas, cuando la corrección quirúrgica ha disminuido la incidencia de pérdidas de primer trimestre, principalmente en aborto recurrente, presencia de pólipos mayores de 2cm, mayor número y tamaño de miomas uterinos por dificultad para la implantación y deficiente aporte sanguíneo al feto, rápido crecimiento y degeneración con liberación de citoquinas, ubicación submucosa u ocupación total del espacio uterino que dificulta el crecimiento del feto, cuando existe un aborto previo se incrementa la probabilidad de recurrencia 5%, por otra parte las cromosomopatías como las aneuploidías se asocian a mayor edad de la mujer que a recurrencia de aborto. Los anticuerpos antifosfolípidos y los anticuerpos anticardiolipinas están asociados a aborto principalmente recurrente, la edad de la embarazada entre 25 y 40 años se relaciona con aborto, las anormalidades cromosómicas son responsables del 50% de los abortos espontáneos, el descontrol metabólico de diabetes mellitus 1 y 2 incrementa el riesgo de pérdida del embarazo, el consumo de alcohol inclusive moderado en etapas tempranas del embarazo se asocia a aborto, el consumo de tabaco se asocia a aborto con una RM de 1.2 a 2, el consumo de cocaína también se asocia aborto. (20)

El médico familiar debe de enviar a segundo nivel todos los casos de aborto inevitable, diferido, incompleto, completo o séptico. Pacientes con factores de riesgo para aborto

en pacientes con aborto recurrente, escalofríos, fiebre mayor de 38.5, diaforesis, piel pálida y taquicardia, flujo vaginal fétido, dolor abdominal, dolor a la movilización uterina, distensión abdominal, presión arterial baja, sangrado prolongado, antecedente de manipulación uterina, náuseas, vómito, polipnea, estado mental de inquietud, confusión y/o inconciencia.

Requiere envío a tercer nivel de atención a toda paciente con aborto espontáneo que presente escalofríos, fiebre mayor de 38.5, diaforesis, piel pálida y taquicardia, flujo vaginal fétido, dolor abdominal, dolor a la movilización uterina, distensión abdominal, presión arterial baja, sangrado prolongado, antecedente de manipulación uterina, náusea, vómito, polipnea, necesidad de interrupción del embarazo mayor de 10 semanas de gestación, ya que existe mayor riesgo de complicaciones que pudieran presentarse durante el procedimiento.

Enviar a segundo o tercer nivel toda paciente que haya recibido misoprostol y presente sangrado excesivo, fiebre de 24 horas y dolor abdominal intenso. Considerando como sangrado excesivo cuando la paciente refiere cambio de apósitos vaginales saturados de sangre, en un tiempo menor a una hora y durante un periodo consecutivo de dos horas. (21)

EMBARAZO CON PRESENTACIÓN PODÁLICA.

Es en la que el polo pélvico o caudal del feto está en relación directa con el estrecho superior de la pelvis materna, lo ocupa en su totalidad y sigue un mecanismo de parto conocido.

El hallazgo de un feto en presentación pelviana al final de la gestación, tácitamente conlleva la búsqueda de su factor desencadenante, que puede tener su origen en la presencia de patologías de origen materno o fetal, dentro de las cuales sobresale la presencia de anomalías fetales o aneuploidías, alteraciones de la dinámica del líquido amniótico, perturbaciones en el canal del parto, placentación anómala o la muerte fetal, entre otros.

Los productos en presentación pelviana tienen mayor morbimortalidad cuando se comparan con aquellos que se presentan cefálicos, incluso si el nacimiento se produce por cesárea. Múltiples estudios han vinculado la presentación pelviana con aumento en el riesgo de muerte neonatal.

El mecanismo del parto en presentación pelviana es complejo y requiere, cuando no hay otra alternativa para la atención, que tanto el obstetra como el médico general conozcan su fisiología y las múltiples maniobras obstétricas que facilitan obtener un buen resultado materno-perinatal. (22)

EMBARAZO EN PRIMIGESTA AÑOSA.

En la actualidad algunos autores consideran la edad materna avanzada a partir de los 40 años e incluso a partir de los 45 años de edad. Las complicaciones asociadas a la edad materna avanzada pueden dividirse en complicaciones maternas y complicaciones fetales. Dentro del primer grupo se incluye el exceso de peso adquirido, mortalidad materna, enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas, aborto espontáneo, frecuencia más alta de cesárea, parto pretérmino y hemorragia obstétrica. Estas complicaciones a su vez incrementan el riesgo de complicaciones neonatales. La enfermedad hipertensiva del embarazo, la ruptura prematura de membranas y la diabetes gestacional están asociadas al parto pretérmino; además los hijos de madres con diabetes gestacional presentan de dos a seis veces más riesgo de malformaciones fetales.

Las complicaciones del recién nacido más comunes son el bajo peso al nacimiento, prematuridad, óbito, mayor riesgo de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, síndrome de dificultad respiratoria, asfixia perinatal, Apgar menor de siete al minuto y a los cinco minutos y mortalidad neonatal.

Los embarazos de mujeres de más de 35 años pueden asociarse a complicaciones materno fetales, las cuales se ven incrementadas en el caso de patologías preexistentes. Tener en cuenta estos riesgos es importante para brindar un cuidado más estrecho a estas pacientes durante el embarazo y a los recién nacidos al momento

del nacimiento. Gracias al avance en las técnicas de reproducción asistida en la actualidad, cada vez son más frecuentes los embarazos en madres añosas, aunque también se cuenta con el conocimiento y las herramientas médicas necesarias para manejar un embarazo de alto riesgo y que éste logre desarrollarse de manera adecuada evitando múltiples complicaciones tanto maternas como fetales. (23)

PLACENTA PREVIA SIN HEMORRAGIA.

La placenta previa se refiere a una implantación placentaria en el segmento uterino bajo, ya sea muy cerca o con algún grado de cobertura del orificio cervical interno, suele presentarse como sangrado indoloro hacia finales del segundo trimestre.

Los factores de riesgo asociados con placenta previa son edad materna avanzada, multiparidad, cesárea previa o cicatrices uterinas previas, aborto previo, tabaquismo materno, tratamientos de infertilidad y placenta previa anterior. La multiparidad y el número de cesáreas previas crean un efecto sinergista que incrementa el riesgo de presentar placenta previa. (24)

Se recomienda referir al segundo nivel de atención a toda paciente con factores de riesgo o en la que exista una sospecha de anomalías en la inserción placentaria o de vasos sanguíneos fetales; en caso de confirmación del diagnóstico, se deberá considerar su envío a tercer nivel, sobre todo si la unidad no cuenta con el equipo multidisciplinario completo para la atención de la madre y del recién nacido. (25)

2. JUSTIFICACIÓN.

El Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 4 de Iguala Guerrero, es un hospital de concentración donde se atienden pacientes de comunidades satélites. Cuenta con un total de nueve consultorios de medicina familiar, dando atención a un gran número de embarazadas para su control prenatal, contamos con el sistema de referencia y contra referencia a la especialidad de ginecología y obstetricia a segundo nivel a través del expediente electrónico.

Por medio de la consulta de control prenatal, informamos a la gestante la importancia de llevar controles mensuales, el objetivo de evitar una complicación que se pudiera presentar si no se detectan durante el embarazo, parto y puerperio.

La finalidad de este estudio es prevenir una complicación en las embarazadas por medio de la identificación temprana de los factores de alto riesgo, de las enfermedades agudas y crónicas establecidas, así mismo llevar un buen control prenatal, el diagnóstico y el envío oportuno al segundo nivel de atención.

Las beneficiadas con este estudio de investigación principalmente fueron las pacientes embarazadas y sus familiares, también se benefició la institución de salud ya que disminuye costos de atención y el personal médico involucrado en las estrategias de atención a la mujer embarazada.

La difusión de la información obtenida se dio a conocer a las pacientes embarazadas y sus familias a través de la consulta subsecuente de control prenatal, al personal directivo y personal de salud a través de la difusión del estudio mediante presentaciones y trípticos.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A escala mundial, cada año, los desórdenes hipertensivos durante el embarazo representan 50,000 muertes maternas y 900,000 muertes perinatales, además de constituir una predisposición a presentar complicaciones cardiovasculares en el futuro, y de que los hijos puedan padecer hipertensión arterial (HTA) en edades tempranas, así como síndrome metabólico.

En Latinoamérica y el Caribe la preeclampsia es la causante de 25.7 % de las muertes maternas y en las últimas dos décadas se ha producido un aumento de su incidencia en 25 %; así mismo se considera que mujeres que padecen trastornos hipertensivos durante el embarazo, cerca de 50 a 100 de ellas desarrollarán secuelas y 1 fallecerá.

La prevalencia de diabetes gestacional a nivel mundial se ha estimado en 7% de todos los embarazos, resultando en más de 200 mil casos anuales.

La prevalencia de todas las formas de diabetes en el embarazo (Tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional) se reporta a nivel mundial entre el 5 y el 20%.

La complicación más frecuente debido a infección de vías urinarias bajas en la mujer embarazada es el parto prematuro siendo una de las causas de morbilidad y mortalidad perinatal; representa el 75% de las muertes perinatales y el 50% de las secuelas neurológicas atribuibles directamente a la prematuridad. Su frecuencia se estima en 5 al 10% de todos los embarazos y de acuerdo a publicaciones la cifra es de 6.73%.

La prevalencia de diabetes gestacional se reporta entre el 8.7 a 17.7 %. La mujer mexicana está en mayor posibilidad de desarrollar diabetes gestacional por cuanto pertenece a un grupo étnico de alto riesgo. En México se ha reportado una prevalencia similar que oscila entre el 3 y 19.6%.

Los porcentajes de partos por cesárea variaron según la institución. Los hospitales de Petróleos Mexicanos (PEMEX) informaron que el 63% de sus nacimientos fueron por cesárea, mientras que en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en su área de atención a la población semi derechohabiente, la proporción de nacimiento por cesárea fue del 20%.

Diversos factores predisponen a la mujer embarazada a una mayor frecuencia de infecciones urinarias y pueden propiciar la bacteriuria asintomática y su progresión a pielonefritis, ocurre entre el 2% de los embarazos con una tasa de recurrencia de hasta el 23% en el mismo embarazo o poco después del nacimiento.

En México, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la prevalencia nacional de anemia en embarazadas en las zonas urbanas fue de 17% y en la Ciudad de México, de 25%. La anemia microcítica hipocrómica es la más común alrededor del 50%; sin embargo, en diversos estudios nacionales se reportan valores de anemia microcítica hipocrómica desde 7 hasta 48%, anemia normocítica normocrómica de 18 hasta 38% y anemia macrocítica normocrómica desde 0 hasta 75%. Se estima que un embarazo a los 35 y 40 años incrementa en 1 y 2.5%, respectivamente, el riesgo de desarrollar malformaciones congénitas.

Es por lo anterior, se investiga:

¿Cuáles son los diagnósticos de referencia y factores asociados en embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No 4? en Iguala, Guerrero, del periodo de enero a diciembre de 2020.

4. OBJETIVO GENERAL.

Identificar los diagnósticos de envío a segundo nivel de atención y factores asociados de las embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Iguala Guerrero.

4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- a) Se analizaron los factores asociados a las causas de referencia de las embarazadas en estudio.
- b) Se identificaron los principales motivos de envío de acuerdo a edad gestacional.
- c) Se describieron los factores de riesgo asociados de acuerdo a comorbilidades.

5. HIPOTESIS: El 60 % de los envíos serán ordinarios, el motivo de envío más frecuente será el control prenatal.

6. METODOLOGIA:

6.1 Tipo de estudio:

Transversal analítico retrospectivo.

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

Mujeres embarazadas del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 4, Iguala, Guerrero, durante el periodo de enero a diciembre del 2020.

6.3 Tipo y tamaño de muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia tomando a todos los expedientes de las pacientes embarazadas que fueron enviadas a segundo nivel de atención como referencia ordinaria.

6.4 Criterios de selección:

Expedientes de mujeres embarazadas del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 4, Iguala Guerrero.

Criterios de inclusión:

Todas las edades

Cualquier etapa de gestación.

Criterios de exclusión:

Expedientes de pacientes en control por especialidad.

Expedientes de pacientes con citas subsecuentes.

Expedientes de pacientes de atención médica continúa.

Criterios de eliminación:

Expedientes incompletos.

6.5 Definición y operacionalización de las variables:

Variables Dependientes: diagnósticos de referencia.

Variables Independientes: edad, semanas de gestación, control prenatal, riesgo obstétrico, comorbilidades.

DESCRIPCION DE VARIABLES:

VARIABLE S	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO	INDICADOR
Edad	Años cumplidos que conteste de acuerdo a la entrevista.	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. <20 2. 21-30 3. 31-35 4. 36-40
Control prenatal	Se tomará como controles aquellos expedientes que registren de 5 y más consultas subsecuentes previa cita.	El control prenatal es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si (>5 consultas de control prenatal) 2. No (< 5 consultas de control prenatal)

		paciente para el parto, la maternidad y la crianza.		
Edad gestacional	Semanas completas de embarazo con las que cursa la paciente al momento de ser referida.	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio.	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. <20 2. 20-28 3. 29-36 4. 37-39 5. 40 y +
Riesgo obstétrico	Nivel de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a consulta prenatal. Automáticamente me lo arroja el sistema SIMF.	Cualquier patología médica, obstétrica o circunstancia sociodemográfica que durante el embarazo, parto y puerperio pueda ocasionar un aumento en la morbimortalidad tanto materna como fetal.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo riesgo (0-4) 2. Alto riesgo (5 y +)
Diagnóstico de envío	El diagnóstico que se encuentra registrado en la 4-30-8 o nota de referencia.	Es la acción y efecto de remitir a un paciente de una unidad de menor complejidad a otra de mayor resolución o complejidad para	Cualitativa	<p>Se clasificará de acuerdo a los diagnósticos encontrados en la 4-30-8.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgo alto. 2. Epilepsia. 3. Pélvico. 4. Cesárea previa. 5. Embarazo normal. 6. Embarazo

		dar respuesta a sus necesidades de salud.		adolescente. 7. Anemia. 8. Diabetes gestacional. 9. Trombocitopenia. 10. Amenaza de aborto. 11. Hematoma retroplacentario. 12. Hipertensión arterial.
Comorbilidad	El incremento continuo de pacientes con perfiles clínicos debido a enfermedades crónicas.	La presencia de uno o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona.	Cualitativa.	Patologías agregadas que tiene la paciente: 1. Fibroadenoma. 2. Epilepsia. 3. Ninguna. 4. Obesidad. 5. Sobrepeso. 6. Hipertensión arterial. 7. Hipotiroidismo. 8. Fx. Antigua de cadera. 9. Trombocitopenia.

6.6 Descripción general del estudio:

Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud y del Comité de Ética en Investigación se revisó la base de datos de las embarazadas del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 4 de Iguala Guerrero, para obtener los expedientes de estudio.

6.7 Método de recolección de datos:

Se revisaron los expedientes de las mujeres embarazadas, con respecto a la base de datos de envío a segundo nivel, solo los envíos de primera vez, de la consulta externa de Medicina Familiar, incluyendo a todos los expedientes que cuentan con los criterios de inclusión en el estudio.

6.8 Organización de datos:

Los datos que se obtuvieron se capturaron en una hoja de control donde se anotaron los datos de identificación, la estratificación clínica en la que se encontraba la paciente y los resultados obtenidos de los expedientes.

6.9 Análisis estadístico.

El análisis de los resultados se realizó con el software SPSS versión 11.0 para Windows. Posterior a esto un análisis descriptivo donde se obtuvieron frecuencias simples y porcentajes, se analizó un análisis descriptivo y análisis inferencial con cálculo de chi cuadrada valor de p con un IC95%.

6.10 Consideraciones éticas:

El presente estudio se apegó al profesionalismo y ética médica y dentro del marco legal que establece el IMSS, así como leyes que rigen a los sistemas de salud:

a) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

b) La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º. Fracción VIII; 17 °. Fracción III; 68º.

Fracción IV; 96, 103; 115; fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164; 168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334.

c) El Reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

Artículo 17 describe el riesgo de la investigación. Éste estudio de investigación se clasificó en la categoría de: **investigación sin riesgo** porque es un estudio que empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y en los que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las pacientes que participaron en el estudio, se utilizó sólo la revisión de los expedientes clínicos.

d) El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.

e) La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.

f) NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

6.11 presupuesto y financiamiento.

Humanos: Investigador.

Asesor de tema.

Asesor metodológico.

Materiales físicos			
Una computadora portátil	.....	\$	14,500.00
Una impresora	.....	\$	1,200.00
Una USB	.....	\$	250.00
Mil hojas blancas	.....	\$	150.00
Diez lápices	.....	\$	60.00
Cinco lapiceros	.....	\$	50.00
Total	.....	\$	16,210.00

7. RESULTADOS.

Características sociodemográficas y análisis de frecuencias simples.

El total de expedientes revisados fueron 125 de mujeres embarazadas, de los cuales se obtuvo un mínimo de edad de 14 años y un máximo de edad de 39 años, media de 25 años, con una mediana y moda de 26.

La edad de las pacientes se concentró entre el grupo de 21 y 30 años de edad con una frecuencia de 60.8% (76/125). El 64% (80/125) de las pacientes no llevo un buen control prenatal. El 52% (65/125) de las pacientes embarazadas no presentó comorbilidades, mientras que la comorbilidad que mas afecto fue el sobrepeso con un 29.6% (37/125), seguido de la obesidad por un 12.8% (16/125). El riesgo obstétrico alto presentó una frecuencia de 54.4% (68/125). Los envios a segundo nivel se encontraron entre las 37-39 semanas de gestacion con una frecuencia de 64.8% (81/125). El diagnóstico que más se presentó para su envío fue el de embarazo normal con una frecuencia de 44% (55/125), seguido de la cesárea previa 22.4% (28/125) y el embarazo adolescente 11.2% (14/125). (Cuadro 1).

Cuadro 1. Diagnósticos de envío y factores de riesgo.

Variables	n	%
Edad por grupos		
<20 años	21	16.8
21-30 años	76	60.8
31-35 años	18	14.4
36-40 años	10	8
Control prenatal		
Sin control prenatal	80	64
Con control prenatal	45	36
Comorbilidades		
Sobrepeso	37	29.6
Obesidad	16	12.8
Hipertensión arterial	2	1.6
Fibroadenoma	1	0.8
Epilepsia	1	0.8
Hipotiroidismo	1	0.8
Fractura antigua de cadera	1	0.8
Trombocitopenia	1	0.8
Sin comorbilidad	65	52
Riesgo obstétrico		
Riesgo bajo	57	45.6
Riesgo alto	68	54.4
Edad gestacional		
<20	10	8
20-28	11	8.8
29-36	11	8.8
37-39	81	64.8
40 y mas	12	9.6
Diagnóstico de envío		
Embarazo normal	55	44
Cesárea previa	28	22.4
Embarazo adolescente	14	11.2
Anemia	8	6.4
Diabetes gestacional	7	5.6
Riesgo obstétrico alto	4	3.2
Hipertensión arterial	3	2.4
Presentación pélvica	2	1.6
Epilepsia	1	0.8
Trombocitopenia	1	0.8
Amenaza de aborto	1	0.8
Hematoma retroplacentario	1	0.8

Con respecto a la edad gestacional se identificaron que en la semana 37 a 39 se presentó el mayor número de envíos, con los diagnósticos de embarazo normal 60.5% (49/81), cesárea previa 12.3% (10/81), embarazo adolescente 11.1% (9/81), anemia 4.9% (4/81) al igual que diabetes gestacional 4.9% (4/81). (Cuadro 2).

Cuadro 2. Principales motivos de envió con base a edad gestacional.

DIAGNOSTICO DE ENVIO	EDAD GESTACIONAL					Total
	< 20	20 A 28	29 A 36	37 A 39	>40	
EPILEPSIA	0,0% (0)	0,0%(0)	9,1%(1)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,8%(1)
PELVICO	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	2,5% (2)	0,0% (0)	1,6% (2)
CESAREA PREVIA	20,0%(2)	63,6%(7)	45,5%(5)	12,3%(10)	33,3%(4)	22,4%(28)
NORMAL	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	60,5%(49)	50,0%(6)	44,0%(55)
ADOLESCENTE	0,0%(0)	27,3%(3)	9,1%(1)	11,1%(9)	8,3%(1)	11,2%(14)
RIESGO OBTETRICO ALTO	10%(1)	0%(0)	0.1%(1)	2.5%(2)	0%(0)	3.2%(4)
ANEMIA	30,0%(3)	0,0%(0)	0,0%(0)	4,9%(4)	8,3%(1)	6,4%(8)
DIABETES GESTACIONAL	0,0%(0)	0,0%(0)	27,3%(3)	4,9%(4)	0,0%(0)	5,6%(7)
TROMBOCITOPENIA	0,0%(0)	9,1%(1)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,8%(1)
AMENAZA DE ABORTO	10,0%(1)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,8%(1)
HEMATOMA RETROPLACENTARIO	10,0%(1)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,8%(1)
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	20,0%(2)	0,0%(0)	0,0%(0)	1,2%(1)	0,0%(0)	2,4%(3)
TOTAL	100%(10)	100%(1)	100%(1)	100%(81)	100%(12)	100%(125)

Para el análisis bivariado se asociaron los diagnósticos de envío con los factores de riesgo, encontrándose significancia estadística en los siguientes: cesárea previa asociado con embarazadas que tuvieron un riesgo obstétrico alto (OR:5.32, IC95% 1.99-14.20, χ^2 :11.20), seguido de anemia al asociarse con la edad mayor de 35 años, (OR:5.2, IC95%1.27-21.77, χ^2 :5.26), El riesgo obstétrico alto se asoció con la edad de la paciente mayor de 35 años (OR:8.31, IC95% 1.44-47.94, χ^2 :5.65), hipertensión arterial se encontró asociación con una edad gestacional menor de 20 semanas (OR: 28.5, IC95% 5.01-162.18, χ^2 :14.26). (Cuadro 3).

Cuadro 3. Motivos de envío asociado a factores de riesgo.

Diagnóstico de envío asociado a factor de riesgo	OR (Odds Ratio)	IC 95% (Índice de Confiabilidad)	X2
Cesárea previa			
>35 años	0.85	0.22-3.26	0.06
Riesgo obstétrico alto	5.32	1.99-14.20	11.20
>40 SDG	1.85	0.52-6.61	0.91
Sin control prenatal	0.69	0.29-1.62	0.74
Con comorbilidades	1.94	0.83-4.56	2.34
Embarazo adolescente			
Sin control prenatal	1.01	0.32-3.25	0.001
Riesgo obstétrico alto	0.19	0.06-0.66	6.91
<20 SDG	0.70	0.08-5.86	0.11
Anemia			
>35 años	5.25	1.27-21.77	5.26
Sin control prenatal	1.74	0.34-8.92	0.45
Riesgo obstétrico alto	0.48	0.11-2.06	0.98
>40SDG	1.38	0.15-12.25	0.08
Comorbilidades	8.45	1.37-52.03	5.34
Diabetes gestacional			
Sin control prenatal	3.57	0.47-27.21	1.52
Riesgo obstétrico alto	5.2	0.78-37.81	2.93
Con comorbilidades	0.80	0.17-3.76	0.08
Riesgo obstétrico alto			
>35años	8.31	1.44-47.94	5.65
Sin control prenatal	0.55	0.08-3.98	0.35
<20 SDG	3.37	0.38-29.66	1.62
Con comorbilidades	3.37	0.38-29.66	1.21
Hipertensión arterial			
>35 años	3.86	0.38-38.78	1.32
Sin control prenatal	1.13	0.10-12.91	0.01
<20 SDG	28.5	5.01-162.18	14.26
Presentación pélvica			
< 20 años	5.15	0.40-65.80	1.60

Al asociar los factores de riesgo con las comorbilidades de sobrepeso y obesidad se encontró significancia estadística en mujeres embarazadas de edad mayor de 35 años con sobrepeso (OR: 4.39, IC95% 1.52-12.67, X^2 :7.56) y la obesidad se asocia a un riesgo obstétrico alto (OR: 5.85, IC95% 3.18-79.03, X^2 :11.45). Lo que traduce a que las embarazadas con obesidad tienen 15 veces más riesgo de tener riesgo obstétrico alto (Cuadro 4).

Cuadro 4. Factores de riesgo asociado a sobrepeso y obesidad.

Factores de riesgo	Comorbilidades	OR (Odd Ratio)	IC 95% (Índice de confiabilidad)	X2
Menores de 20 años	Sobrepeso	0.94	0.33-2.66	0.01
Mayores de 35 años	Obesidad	2.97	0.85-10.36	2.94
	Sobrepeso	4.39	1.52-12.67	7.56
Riesgo obstétrico alto	Obesidad	15.85	3.18-79.03	11.45
	Sobrepeso	0.72	0.33-1.56	0.70
Menor de 20 SDG	Obesidad	3.36	0.82-13.72	2.88
	Sobrepeso	1.66	0.44-6.22	0.56
Mayor de 40 SDG	Obesidad	2.56	0.64-10.32	1.77
	Sobrepeso	0.77	0.20-3.05	0.13
Control prenatal	Obesidad	1.81	0.55-5.93	0.96
	Sobrepeso	0.47	0.21-1.02	3.60

8. DISCUSION.

Londoño Cadena P y cols. Realizaron un estudio descriptivo de cohorte transversal entre el año 2016 y 2018 en Colombia, encontrando el no cumplimiento de controles prenatales por gestantes >35 años, de la misma forma en este estudio obtuvo mayor prevalencia de no control prenatal del total de expedientes revisados, por lo que existe una semejanza al estudio realizado. La posible razón de no llevar control prenatal es que el estudio se realizó durante el periodo de contingencia de COVID- 19 en el año 2020, donde la embarazadas no acudían a las unidades de salud.

Ramírez Velázquez F. y cols. Con su estudio descriptivo, transversal durante el segundo bimestre del año 2020, en Tabasco, encontrando una prevalencia de anemia en el embarazo en una tercera parte de la población estudiada, a diferencia del estudio realizado donde la anemia se presentó en menos de 10 mujeres embarazadas con la característica de ser >35 años, pese a que la muestra fue del doble del tamaño de población de estudio.

Con base a Romero Benítez J, y cols. En su estudio descriptivo, retrospectivo, de cohorte trasversal y analítico en el periodo 01/06/2019 al 31/03/2020 en Argentina donde evaluó los resultados perinatales de la resolución del evento obstétrico, señala una prevalencia de cesárea previa de menos del 10 por ciento de su población que fue mucho mayor a la nuestra, pese a la diferencia de población en el estudio se describió una prevalencia de más del 20 por ciento, dicha diferencia se puede inferir sobre los factores de riesgo como no control prenatal y la presentación de comorbilidades de sobrepeso y obesidad.

Digournay Piedra C y cols. Describieron el estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal en Cuba, durante el período de enero 2016 a noviembre 2017 donde el objetivo fue describir el comportamiento y las complicaciones materno-perinatales asociadas al sobrepeso y obesidad durante el embarazo, describe que la mitad de la muestra presentó sobrepeso, con una muestra similar en este estudio la prevalencia

de sobrepeso fue de casi una tercera parte de las embarazadas estudiadas, tal diferencia se puede inferir a que el estudio de Digournay también tomaron en cuenta a las embarazadas con sobrepeso previo al embarazo.

Heras Pérez B. y cols. Compararon un estudio de cohorte histórico realizado en Valladolid durante un año 01/03/2007 al 29/02/2008 compararon los resultados perinatales de gestantes mayores de 35 años con un grupo control menores de 35 años, donde plantea que las gestantes de mayor edad presentaron más patología asociada al embarazo, en contraste con este estudio donde se asoció la edad mayor de 35 años con sobrepeso y riesgo obstétrico alto, pese a que la prevalencia de embarazadas mayores de 35 años fue menos de diez por ciento.

9. CONCLUSION.

Se demostró que el 100% de los envíos fueron de tipo ordinario. El diagnóstico de envío identificado fue el embarazo normal, las embarazadas >35 años tienen 4 veces más riesgo de presentar sobrepeso, se demostró que los factores de riesgo son identificados y derivados de manera oportuna.

10. RECOMENDACIONES:

1.- Educar a las embarazadas sobre las enfermedades y complicaciones propias del embarazo que se pueden presentar si no llevan un control prenatal desde el primer trimestre de embarazo, parto y puerperio y por lo tanto evitar la morbimortalidad materna y neonatal.

2.- Fomentar la educación sexual y reproductiva por parte de los profesionales de la salud en mujeres adolescentes para prevención de embarazos.

3.- Reforzar las estrategias de control nutricional en las embarazadas desde el primer contacto con los servicios de salud y durante todo su embarazo.

11. REFERENCIAS.

- 1.- Cueva J, Díaz S, Santamaría C, et al. Control prenatal. Ministerio de Salud Pública: Actualización 2015. GPC: Disponible en: <http://salud.gob.ec>.
- 2.- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Fecha de publicación: 07 de abril de 2016.
- 3.- Referencia y contra referencia de pacientes entre unidades médicas y servicios de atención primaria, hospitalaria y de especialidad. Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contra referencia de Pacientes en Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención. Secretaría de Salud. Instituto de Salud del Estado de México. Enero 2010.
- 4.- Bañuelos A, Guzmán A, Ríos R, et al. Control Prenatal con Atención Centrada en la Paciente. México: IMSS; Actualización 2017. GPC: Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>.
- 5.- Cruz P, Ramírez C, Sánchez S, et al. Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México: SS; 2009. GPC: Esta Guía puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>.
- 6.- Guzmán W, Ávila M, Contreras R, et al. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. Ginecol Obstet Mex 2012;80(7):461-466.
- 7.- Chávez E, Díaz M, Miranda A, et al. Detección, Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. México: IMSS; 2017. GPC: Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>.
- 8.- Valdés E, Blanco I. Frecuencia y factores de riesgo asociados con la aparición de Diabetes Mellitus Gestacional. Rev cubana Obstet Ginecol 2011;4(37):8-23.

- 9.- Ríos B, Basavilvazo M, Díaz M, et al. Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo. México: IMSS; 2016. GPC: Esta guía puede ser descargada de Internet en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>.
- 10.- Bernal C, Escobedo C. Cesárea: situación actual y factores asociados en México. *Revista Salud Quintana Roo* 2018;11(40):28-33.
- 11.- Hernández T, Peralta M, Pérez A, et al. Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México: IMSS; 2014. GPC. Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html.
- 12.- Gonzales G, Olavegoya P. Fisiopatología de la anemia durante el embarazo. ¿anemia o hemodilución? *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2019;65(4):489-502.
- 13.- Montalvo R, Zaragoza O, Mendoza D, et al. Prevalencia y factores predisponentes de anemia en el embarazo en una clínica de primer nivel. *Rev Hematol Mex.* 2016;17(2):107-113.
- 14.- Hernández M, Oropeza M, Solano T. Anemia por Deficiencia de Hierro. México: IMSS; 2010. GPC. Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html.
- 15.- Estrada A, Figueroa R, Villagrana R. Infección de Vías Urinarias en la Mujer Embarazada. Importancia del escrutinio de Bacteriuria Asintomática durante la Gestación. *Perinatol Reprod Hum* 2010;24(3):182-186.
- 16.- Goches A, López R, Ríos B, et al. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Infección del Tracto Urinario Bajo durante el Embarazo en el Primer Nivel de Atención. México: IMSS; 2016. GPC. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>.
- 17.- Felipe N, Santisteban A, Ortiz Y, et al. Factores de riesgo asociados a infección vaginal en mujeres embarazadas. *Multimed. Revista Médica. Granma.* 2019; 23(3):430-446.

18.- Basavilvazo M, Castellanos R, Hernández T. Diagnóstico y Tratamiento de Vaginitis Infecciosa en Mujeres en Edad Reproductiva en el Primer Nivel de Atención. México: SS; 2014. GPC. Esta guía puede ser descargada de internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>.

19.- Menéndez G, Navas I, Hidalgo Y, et al. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(3):333-342.

20.- Vance C, Malo M, Vallejo F, et al. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Ministerio de Salud Pública; GPC 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.

21.- Kelly G, Salas M, Ríos B, et al. Diagnóstico y Tratamiento del Aborto Espontáneo y Manejo Inicial del Aborto Recurrente. México. Secretaria de Salud; 2009. Esta Guía puede ser descargada de internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>.

22.- Grillo C, Bautista A, Diosa M. Atención del Parto con Feto en Presentación Pelviana: Revisión de la Semiología, el Mecanismo y la Atención del Parto. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2019; 4(70): 253-265.

23.- Macías H, Moguel A, Iglesias J, et al. Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. Acta Médica Grupo Ángeles. 2018; 2(16): 125-132.

24.- Ávila S, Alfaro T, Olmedo J. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. 2016; 3(6):11-20.

25.- Jaime G, Martínez L, Moreno A, et al. Diagnóstico y Manejo de las Anomalías en la Inserción Placentaria y Vasa Previa. México: IMSS; 2019. GPC. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>.

12. ANEXOS.

Carta de confidencialidad.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Carta de confidencialidad de la información para participación en protocolos
de investigación (adultos)



Título del protocolo

“DIAGNÓSTICOS DE REFERENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN EMBARAZADAS DE LA UMF No. 4, IGUALA. GRO”.

Número de registro institucional:

Nombre:

Investigador: Dra. Adán Zúñiga Bernarda

bernardaadan@outlook.com Tel: 7445852977

Adscripción:

HGZ/MF No 4 IMSS en Iguala, Guerrero

Número telefónico:

4 82 30 31 ext. 51407

Correo electrónico:

bernardaadan@outlook.com

Fecha:

Declaro bajo protesta de decir verdad que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones como investigador, cargo que se me confiere y acepto, por invitación de la Coordinación de Investigación en Salud del IMSS, me comprometo en todo momento a actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional, para lo cual me apegaré a lo siguiente:

En el desarrollo de mis funciones tendré acceso (por medio electrónico o impreso) a información perteneciente a protocolos de investigación en seres humanos, dicha información es de carácter estrictamente confidencial y por tanto está protegida por los artículos 82 y 85 de la Ley de la Propiedad Industrial y artículos 2 y 3 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

En este sentido estoy de acuerdo en:

- No usar la información para otras finalidades diferentes de aquellas solicitadas por la CIS del IMSS como compartir los datos que se obtengan de la investigación.
- No revelar o suministrarle la información a cualquier persona que no sea parte de la CIS del IMSS y esté unido mediante las obligaciones similares de confidencialidad.
- Esta Carta de confidencialidad de la información fue conocida por mí antes de participar y aceptar el cargo de investigador.

Además, me comprometo a lo siguiente:

- No comunicar mis resultados o aquellas opiniones emitidas por los miembros del grupo de investigadores, así como, recomendaciones sugeridas o decisiones a cualquier tercero, salvo si explícitamente son solicitadas por escrito;
 - No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de organizaciones o entidades interesadas en información confidencial;
 - En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados derivados de la consulta como experto externo.
 - En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.
- Por el presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de esta consulta.

ATENTAMENTE
Dra. Adán Zúñiga Bernarda

Anexo 2

Instrumento de recolección de datos.

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ No. de Expediente: _____

Afiliación: _____

Semanas de gestación: _____ Control prenatal: Si () No ()

Riesgo obstétrico: _____

Comorbilidad: _____

Tipo de envío: Ordinario

Diagnóstico de referencia: _____

Diagnóstico de contra referencia: _____

Cumple con criterios de referencia: Si () No ()